N° 215.

RECHERCHES

SUR

LES CONCRÉTIONS SANGUINES

DITES *POLYPIFORMES*,

DÉVELOPPÉES PENDANT LA VIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 août 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR C.-J. LEGROUX, de Mérégines,

Département du Nord;

Interne des hôpitaux civils de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Président.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENS.

A LA MÉMOIRE DE MON BIENFAITEUR,

MONSIEUR LEBOUCQ,

Ancien Conseiller à la Cour Royale de Douai.

C'est à ses bienfaits que je dois mon état; puisse ma reconnaissance arriver jusqu'à lui.

A SES ENFANS.

Faible gage d'une reconnaissance sans bornes.

C.-J. LEGROUX.

AVANT-PROPOS.

Deux grands systèmes, le solidisme et l'humorisme, ont, de tout temps, divisé la médecine, et régné alternativement dans les écoles. De nos jours le solidisme a prévalu : fondé sur les découvertes récentes en anatomie pathologique, il est peut-être trop généralement admis sans restriction. On a levé un coin du rideau, qui nous cachait les lésions des solides, mais celles des liquides ont été à peine entrevues. Jusqu'ici l'on n'a noté que d'une manière tout à fait accessoire les altérations du sang dans les maladies; et cependant quelle ne doit pas être leur influence sur toute l'économie! En effet, ce liquide est l'âme de tous les solides et de tous les liquides; aucun acte ne peut s'opérer sans son concours, c'est l'organe des organes; et l'on voudrait ne considérer ses lésions que comme une chose indifférente par elle-même, et tout à fait étrangère aux phénomènes des maladies! Et ne voyons-nous pas ses propriétés lésées toutes les fois que celles d'un organe un peu important sont altérées, que cette lésion soit primitive ou consécutive? N'est-il pas couenneux dans la plupart des phlegmasies séreuses ou viscérales? N'a-t-il pas une teinte pourprée dans les inflammations rouges du derme? et ici je veux parler du sang veineux. Sa décomposition putride n'a-t-elle pas lieu, pour ainsi dire, pendant la vie, dans la rage, les phlegmasies gangréneuses, le scorbut, les fièvres adynamiques? Chez les animaux, à la suite des maladies pestilentielles et charbonneuses, ne

contracte-t-il pas des caractères virulens? Dans certaines conditions physiologiques, et spécialement chez la femme, pour l'acte de la reproduction, n'éprouve-t-il pas des modifications importantes? N'est-il pas trop riche et trop abondant dans la pléthore; appauvri et décoloré, à la suite des évacuations sanguines répétées, d'une mauvaise alimentation, du défaut d'un air pur, etc.? Ne se concrète-t-il pas quelquefois à l'instant même où il est soumis au repos, tandis que, dans d'autres circonstances, sa coagulation est lente, et qu'il reste presque diffluent? N'est-ce pas en modifiant ses propriétés, soit qu'on diminue sa masse par la saignée, qu'on soustraie de ses principes par une évacuation révulsive, soit qu'on le lave par des boissons abondantes ou qu'on le délaie par une injection aqueuse, soit enfin qu'on agisse sur lui par une médication spéciale; n'est-ce pas, dis-je, par de semblables moyens, que l'on apporte les plus puissantes modifications dans le système des solides? Enfin, pour terminer ces considérations, ne le voyons-nous pas se concréter, pendant la vie, dans les vaisseaux, s'enflammer et suppurer à la manière des solides; servir, pour ainsi dire, de terme moyen entre ces derniers et les liquides, et nous mettre sur la voie des autres altérations que le sang liquide peut subir?... C'est ce dernier genre de lésions qui doit nous occuper dans le cours de ce travail; le voile qui enveloppe les autres est trop épais pour être soulevé : un jour viendra, sans doute, et peut-être ce jour n'est pas loin, que l'anatomie, éclairée par le flambeau de la chimie, nous découvrira ce mystère, impénétrable encore à nos moyens d'investigation.

RECHERCHES

SUR

LES CONCRÉTIONS SANGUINES

DITES *POLYPIFORMES*,

DÉVELOPPÉES PENDANT LA VIE.

Nous ne prétendons pas faire preuve d'érudition en rappelant les contestations qui se sont élevées au sujet de ces concrétions : il nous suffira de dire qu'elles ont été regardées par les uns comme cause de symptômes appartenant à des maladies différentes, et par les autres, comme un résultat de la décomposition, qui suit la mort.

Leur formation pendant la vie n'est déjà plus un problème depuis long-temps ; s'il était besoin de preuves nouvelles, nous les trouverions dans les faits que nous allons rapporter. Ces mêmes faits analysés nous mettront sur la voie des changemens que peut éprouver le sang coagulé dans les vaisseaux, des accidens auxquels il peut donner lieu comme corps étranger ; ils nous apprendront à reconnaître sur le vivant cette altération du sang. Nous en rechercherons

les causes, et nous verrons si un traitement peut lui être appliqué avec efficacité. Nous aurons peut-être un peu trop insisté sur les explications, peut-être aurons-nous erré quelquefois ; mais, nous le disons à l'avance, nous admettons des possibilités, des probabilités, et nous n'émettrons pas toujours l'expression d'une conviction prononcée : heureux si nous rencontrons parfois la vérité!...

Commençons par les faits :

Ire. OBS. *Rhumatisme articulaire aigu guéri; symptômes de gastro-péritonite; péricardite; vaste concrétion polypiforme suppurée.* Une femme, âgée de quarante ans, domestique, entra à l'hôpital Cochin le 2 septembre 1825. Cette femme était d'une taille au-dessus de la moyenne, fortement constituée et bien réglée : elle était depuis un mois sortie de l'hôpital, où, durant un séjour de cinq semaines, elle avait été traitée d'un rhumatisme articulaire suraigu par des saignées abondantes générales et locales. Une fois, dans le cours de la maladie, les muscles de la poitrine, et peut-être les organes intérieurs étaient devenus le siége de l'inflammation rhumatismale, mais des sinapismes appliqués aux genoux avaient révulsé la phlegmasie.

Sortie de l'hôpital en assez bonne santé, cette femme resta un mois sans éprouver aucun accident qui dénotât une lésion d'un organe intérieur.

Après ce temps, et sans cause connue, elle fut prise de douleurs violentes à l'épigastre, précédées de frissons et accompagnées de vomissemens répétés. Un médecin fit une application de sangsues sur le lieu douloureux sans succès.

A son entrée à l'hôpital, cette femme était dans l'état suivant : douleurs violentes dans tout le ventre, mais surtout à l'épigastre; vomissemens continuels et douloureux; pouls petit, fréquent, serré, régulier; face grippée; langue sèche, papilleuse, rougeâtre vers sa pointe; respiration courte et fréquente ; aucune douleur dans la cavité thoracique. (Large saignée, eau de gomme, foment. émol. ventr., diète.)

Les jours suivans, la saignée est répétée à plusieurs reprises, et toujours poussée jusqu'à un léger degré de défaillance ; des sangsues sont employées localement, mais sans apporter de soulagement autre que la cessation des vomissemens. (Le sang est riche et couenneux.)

Les mêmes symptômes persistent durant les derniers jours; mais en diminuant un peu d'intensité. Légère orthopnée; subdelirium; affaissement; mort le 11 septembre à deux heures du soir.

Nécropsie. Cadavre d'une taille au-dessus de la moyenne, chargé d'une assez grande quantité de graisse; légère roideur des membres inférieurs. Pie-mère assez injectée, sans infiltration; cerveau assez ferme, sans injection; un peu de sérosité dans les ventricules. Après avoir incisé les cartilages costaux, je voulus relever le sternum de bas en haut; mais une résistance que je rencontrai me força à recourir à l'instrument pour détacher le sternum. Porté derrière cet os, en le rasant le plus près possible, le scalpel souleva une lame de la paroi antérieure du ventricule droit du cœur, intimement unie au péricarde et au sternum par l'intermédiaire de cette membrane. Au moyen d'une dissection plus attentive, je parvins assez facilement à la séparer de l'os. Tous les organes de la poitrine, mis à découvert par cette opération, remplissaient exactement la cavité thoracique; ils adhéraient entr'eux et aux parois du thorax dans toute leur étendue. Ces adhérences celluleuses étaient assez faciles à rompre. Poumons peu crépitans, gorgés de sérosité spumeuse, faciles à pénétrer avec le doigt, mais sans hépatisation ni engouement sanguin; bronches saines. Le cœur, revêtu de son enveloppe, qui lui adhérait de toutes parts, avait trois fois le volume du poing du sujet. Les adhérences étaient formées par un tissu fibro-cartilagineux, assez semblable à la tunique artérielle, mais moins résistant, se détachant facilement et s'enlevant par lames. La couche de ce tissu variait d'épaisseur depuis une demi-ligne jusqu'à une ligne et même plus; cette épaisseur était plus considérable sur le ventricule droit que sur le gauche. La

séreuse offrait çà et là des plaques d'un rouge ponctué, isolées ou agglomérées.

Les parois du ventricule gauche étaient un peu plus épaisses que ne le comportait la stature du sujet; sa cavité me parut dilatée d'un tiers; elle contenait un caillot composé de couenne et de sang; il n'y avait d'ailleurs rien de remarquable dans ce côté du système circulatoire.

Le ventricule droit, l'oreillette, les veines-caves supérieure et inférieure, sous-clavières, jugulaires internes, fémorales, l'artère pulmonaire jusque dans ses ramifications les plus ténues, contenaient une vaste concrétion polypiforme qui les remplissait à peu près aux trois quarts, comme la moelle épinière remplit le canal rachidien, avec cette différence toutefois qu'elle n'avait avec les parois vasculaires aucune espèce d'adhérences. Partout, continue à elle-même, elle représentait absolument la forme du système circulatoire à sang noir; elle étaitcomposée de quatre parties distinctes : 1°. la couenne, qui formait son enveloppe extérieure, et dont l'épaisseur variait depuis deux à trois lignes jusqu'à la transparence : cette couche existait dans toute la continuité de la concrétion, et s'enlevait comme l'épiderme d'une peau macérée; 2°. le coagulum sanguin et noir, qui constituait la plus grande partie du caillot; il était assez ferme dans toute son étendue; 3°. une matière d'un blanc jaunâtre, grumeleuse, analogue aux pseudo-membranes des phlegmasies séreuses, disposées en foyers miliaires, lenticulaires, plus ou moins considérables, et formant dans les vaisseaux secondaires, en certains endroits, toute l'épaisseur de la concrétion; cette matière existait entre la couenne et le caillot sanguin, et dans l'épaisseur même du cylindre, mais nulle part à la superficie; 4°. enfin, au centre du caillot contenu dans le ventricule droit, existait un noyau d'une substance grenue, rougeâtre, molle, assez analogue à un magma fait avec du son de froment, pénétré, ainsi que les couches voisines, de grumeaux puriformes, analogues aux précédens. La tunique interne du système vasculaire à sang noir était d'un rouge-brun assez foncé, lisse dans toute son étendue; les cavités

droites du cœur étaient un peu dilatées; la muqueuse de l'estomac était d'un jaune pâle, nuancée dans quelques points de petites taches d'un rouge ponctué ; elle était assez molle et épaisse, tapissée par des mucosités grisâtres; les intestins contenaient peu de matières, ils étaient sains ; le foie avait un volume considérable, s'étendait jusqu'au-dessus de la rate ; son tissu était ferme, jaune et graisseux ; ses veines ne contenaient que du sang liquide ; sa vésicule était remplie par une bile épaisse et poisseuse; la rate, volumineuse, résistante à la section, et faisant entendre sous l'instrument une série de petits craquemens ; on en exprimait par la pression une bouillie sanieuse. Reins et vessie sains ; tissu de la matrice dur; col utérin rouge; ovaires durs, bosselés et contenant de petits kystes remplis d'une bouillie jaunâtre dans les uns, rougeâtre dans les autres. Aucune trace de suppuration dans toute l'économie.

Réflexions. Cette vaste concrétion sanguine s'est évidemment formée pendant la vie ; en effet, la séparation des matériaux du sang, après son extraction de la veine ; la décomposition de ce liquide soumis aux lois de la physique, les diverses opérations de chimie analytique, ne donnent jamais pour résultat une matière purulente semblable à celle qui existait dans toute l'étendue de la concrétion. Je dis purulente, parce qu'elle était semblable aux pseudo-membranes des séreuses enflammées; que ces pseudo-membranes sont le pus particulier des séreuses, comme le pus dit *louable* appartient au tissu cellulaire : quoi qu'il en soit, il est évident que le sang, après sa coagulation, a été soumis à une force autre que celles qui régissent la matière inerte, à une force vitale. Mais, dira-t-on, cette matière puriforme ou purulente existait dans le sang liquide : pourquoi, dans ce cas, le caillot du ventricule gauche n'en contenait-il pas? On ne pourra pas dire que c'est un résultat d'absorption, car, dans toute l'économie, il n'y avait aucune trace de suppuration. On ne pourra pas soutenir davantage que cette suppuration est le résultat de la phlegmasie de la tunique interne des vaisseaux ; car c'est au centre de la concrétion,

et sous une enveloppe couenneuse que le pus existe; tandis qu'il devrait se trouver à la surface et tapisser une partie de la membrane. Il nous paraît évident, d'après cela, que non-seulement le caillot s'est développé pendant la vie, mais qu'il a continué à vivre, et que l'inflammation lui a fait subir des altérations que les forces physiques ne peuvent produire.

La maladie datait de quinze jours environ; il est probable que cette concrétion remontait à la même époque : en effet, nous verrons dans l'observation suivante qu'un caillot, datant de dix-huit à vingt jours, ressemblait parfaitement à la portion centrale de la concrétion ventriculaire chez cette malade.

Quelles ont été les causes de la coagulation du sang? La principale est, à mon avis, l'adhérence du cœur droit au sternum, qui devait gêner la contraction de cet organe, s'opposer au rapprochement de ses parois, et faciliter la stase du sang; d'où est résulté la concrétion de ce liquide. Une autre cause a dû prédisposer le sang à passer de l'état liquide à l'état solide, et la voici : cette femme avait eu un rhumatisme articulaire suraigu; tout le monde connaît l'état couenneux du sang dans cette maladie et sa tendance à se concréter; tout le monde sait que, pendant quelque temps, le sang conserve cette disposition; que les récrudescences des phlegmasies rhumatismales sont toujours imminentes pendant cette période. Ne peut-on pas regarder cet état du sang comme une cause prédisposante?

Soit que la malade n'ait point été observée avec assez de soin, soit que les symptômes nous en aient imposé pour une gastrite, soit qu'une violente gastrite, avantageusement combattue par les saignées, ait masqué les symptômes de la concrétion, soit enfin que cette concrétion n'ait déterminé aucun phénomène morbide, le diagnostic n'a point été établi. Était-il possible de ne pas commettre cette erreur? Revenons sur les principaux symptômes. Vomissemens répétés, douleurs très-vives dans le ventre; petitesse, fréquence et concentration du pouls, sans irrégularité; respiration courte et fréquente, face grippée. Voilà bien les caractères d'une phlegmasie ab-

dominale, et probablement elle a existé; mais rien dans les battemens du cœur ou les caractères du pouls n'a pu nous mettre sur la voie du diagnostic de cette concrétion. On est étonné de ne remarquer ni palpitations, ni irrégularité dans le pouls : on peut, ce me semble, en trouver la raison : le cœur, fixé au sternum, ne pouvait plus exécuter le mouvement de bascule nécessaire pour communiquer une impulsion à la paroi thoracique; par conséquent, la force des battemens du cœur n'était point augmentée. La régularité du pouls est expliquée par les évacuations sanguines abondantes auxquelles cette femme avait été soumise, d'où résultait une déplétion du système vasculaire, qui compensait la diminution de la capacité veineuse. Ajoutons que la présence du caillot dans le ventricule contribuait à faciliter la circulation, en servant de moyen médiat de rapprochement des parois de cette cavité. Le diagnostic ne pouvait donc être établi d'après les symptômes dits généraux : l'auscultation seule pouvait fournir des données positives.

IIe. OBS. *Gangrène spontanée de la main gauche, rétrécissement de l'orifice oriculo-ventriculaire gauche; concrétions polypiformes dans l'artère brachiale et l'oreillette gauche du cœur.* Marie-Louise Couteau, âgée de quarante-quatre ans, cuisinière, entra à l'hôpital Cochin le 4 mars 1825. Elle était encore bien réglée; d'une constitution faible; elle avait les membres grêles, la poitrine étroite. Elle avait toujours eu la respiration courte; mais, depuis six mois seulement, elle éprouvait des palpitations et divers accidens, tels que rêves effrayans, réveils en sursaut, infiltration passagère des pieds, et nécessité du décubitus orthopnique. Elle était, à son entrée, dans l'état suivant : décubitus orthopnique, *facies* terreux; lèvres, pommettes, ailes du nez violettes, etc.; pouls fréquent, irrégulier, presque insensible; respiration vite, fréquente et pénible; battemens du cœur larges, forts, durs, irréguliers, tumultueux, soulevant presque toute la paroi antérieure du thorax; bruit de râpe après la contraction ventriculaire, maigreur, infiltration des pieds, ascite, météorisme du ventre. Sous l'influence des

saignées et de la digitale, les battemens du cœur devinrent plus réguliers, la respiration plus facile, l'œdème des pieds disparut.

Sortie au bout de quinze jours, pour affaires, cette femme rentra après un mois d'absence. Elle nous dit qu'elle avait éprouvé, après dix à douze jours d'un état assez bon, et par suite de fatigues, une récrudescence des accidens énumérés plus haut; que des révulsifs et diverses potions avaient été employés sans succès. Les accidens, en effet, étaient plus intenses, la maigreur plus marquée que lors du premier séjour; il y avait une légère teinte ictérique de la peau. La diète et les calmans, unis à la digitale, procurèrent un peu de soulagement. Le 22 avril, quatre jours après la rentrée, gêne de la respiration plus marquée, léger subdelirium, ventre douloureux à la pression; langue sèche, rouge; soif vive, même état de suffocation. (Saignée de deux palettes, diète, boissons adoucissantes.)

Le 23, mieux notable.

Le 24 au matin, le bras gauche est tout à coup paralysé, prend une teinte d'un blanc jaunâtre; sa température ne paraît entretenue que par la tendance des corps à se mettre en équilibre. Le moindre mouvement, la plus légère pression, exaspèrent des douleurs, déjà très-vives. Les battemens de l'artère sont éteints; il n'y a d'ailleurs, dans le reste du côté gauche, aucun symptôme qui dénote une lésion cérébrale. Les battemens du cœur sont dans l'état ordinaire; la contraction des ventricules est brusque et sonore; mais la contraction des oreillettes, surtout de la gauche (jusque-là très-sonore), est masquée par celles des ventricules. Moral bon; d'ailleurs même état.

Diagnostic. La force, la sonoréité, l'étendue des battemens des ventricules semblent indiquer une hypertrophie excentrique; toutefois, la poitrine étant très-étroite et courte, sa capacité étant diminuée par le refoulement du diaphragme en haut, les parois du thorax étant d'une maigreur extrême, les signes indiqués perdent de leur valeur en raison des ces diverses circonstances. Il est bien évi-

dent que, quant au bras, l'artère de ce membre a été oblitérée spontanément par un caillot sanguin.

Jusqu'au 12 *mai*, dessiccation graduelle, et teinte violacée passant au noir, des ongles, de la pulpe des doigts, puis d'une partie de la paume de la main, puis de la face dorsale de cet organe. La dessiccation n'est accompagnée ni de phlyctènes, ni d'odeur gangréneuse; les parties sphacélées sont dures, éburnées et ridées; l'état général est bon, la malade se lève, prend des alimens, et se promène; elle est à l'usage des adoucissans, de la digitale pourprée, et d'embrocations aromatiques sur le bras. Le 12 mai, après s'être levée assez bien portante, et promené toute la matinée, elle est prise, vers deux heures du soir, d'une dyspnée très-vive; décoloration de la face, perte de la parole, strabisme vers la gauche, conservation de l'entendement; battemens du cœur tumultueux et irréguliers, pouls presque insensible. Mort à 8 heures du soir.

Nécropsie. Face violette, tuméfiée; un liquide roussâtre s'écoule par la bouche et les narines; engorgement des vaisseaux cérébraux; infiltration légère du tissu sous-arachnoïdien; une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule; vers la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, existe un ramollissement très-circonscrit, du volume d'une petite noisette, de consistance molle et pultacée, de couleur jaunâtre; le reste du cerveau paraît sain. Adhérences celluleuses anciennes des poumons aux parois thoraciques; ces organes sont gorgés d'un sang noir, semi-coagulé, difficile à exprimer; ils sont un peu moins crépitant que dans l'état ordinaire, faciles à pénétrer avec le doigt, mais non hépatisés; bronches saines; demi-verre de sérosité citrine dans le péricarde; une plaque blanche, fibro-celluleuse vers la pointe du cœur: tous les vaisseaux qui se rendent à ce dernier organe sont gorgés d'un sang noir, plus ou moins coagulé, et dont il s'écoule environ deux livres après les sections nécessaires pour enlever la masse des organes thoraciques. Le cœur paraît avoir son volume normal, les oreillettes sont cepen-

dant un peu dilatées. Les fibres charnues sont rouges et fermes, le ventricule gauche contient des caillots de sang noir; l'oreillette du même côté et son appendice sont remplis par un caillot adhérant légèrement aux parois de ce dernier, et entrelacé dans ses colonnes, libre dans la première. Ce caillot est d'un jaune rougeâtre, grenu, facile à réduire en bouillie par la moindre pression, et semblable à la portion ramollie du caillot du ventricule chez la première malade. La membrane interne de l'oreillette a une teinte grisâtre. La valvule mitrale est convertie en un canal fibro-cartilagineux, étroit, et applati d'avant en arrière; les cavités droites sont gorgées de sang et n'offrent d'ailleurs rien de remarquable. L'origine de l'aorte contient une longue lanière fibrineuse. L'artère brachiale gauche adhère aux veines voisines et aux nerf médian au moyen d'un tissu cellulaire rougeâtre et friable; depuis le creux de l'aisselle jusqu'à l'insertion inférieure du coraco-brachial, l'artère est dure, pleine et rénitente; plus bas, elle n'a guère que le volume d'une plume de corbeau; au plis du bras, avant sa bifurcation, elle redevient pleine; puis l'artère cubitale, filiforme jusqu'à sa partie inférieure, est en cet endroit dilatée comme par la matière d'une injection. Le tiers supérieur de l'artère brachiale contient un caillot sanguin, qui pénètre dans les artères collatérales, et les oblitère ainsi que le vaisseau principal. Aux endroits où l'artère est rénitente, on trouve également une concrétion sanguine. Ces caillots adhèrent aux parois du vaisseau; leur structure est semblable à celle du caillot oriculaire; les parties frappées de gangrène se décolorent graduellement de haut en bas, quelques vaisseaux capillaires serpentent à travers les tissus. Les nerfs et tendons conservent leur blancheur, toutes ces parties sont sèches. Le péritoine contient plusieurs litres de sérosité citrine. L'estomac offre à l'intérieur quelques traces de rougeur, et une teinte ardoisée, ponctuée vers le pylore. Les intestins n'offrent rien de remarquable; la rate, dont le volume est doublé, est noire et gorgée de sang dans ses quarts supérieur et inférieur, tandis que, dans sa partie moyenne, elle est d'un jaune rougeâtre et assez semblable

aux concrétions sanguines. Les autres viscères abdominaux sont sains.

Réflexions. Le caillot de l'artère brachiale est en tout semblable à celui de l'oreillette ; ils datent donc de la même époque, puisqu'ils ont subi les mêmes changemens. L'un et l'autre ressemblent aussi au noyau central de la portion ventriculaire de la concrétion, chez la première malade ; il est donc probable que, chez elle aussi, cette partie avait parcouru à peu près la même période. Chez la femme Couteau, le caillot de l'artère date de dix-huit jours ; c'est à peu près le temps écoulé depuis l'invasion de la maladie jusqu'à la mort de la première malade. Chez la femme Couteau, deux caillots existent ; se sont-ils formés isolément ou dans le même lieu ? Il me paraît assez probable que celui de l'artère est une portion détachée de celui de l'oreillette. Chez la femme Couteau, des symptômes d'irritation gastrique ont précédé les concrétions. Chez la première malade, la concrétion a été accompagnée des phénomènes d'une effroyable gastrite. Chez l'une et chez l'autre, la muqueuse de l'estomac n'offrait pas une altération bien marquée. Les altérations du sang pourraient-elles donner lieu à de pareils accidens?

Un symptôme important est la disparition du son de l'oreillette gauche, lors de l'apparition de la gangrène du bras. N'indique-t-il pas une diminution de la cavité qui rend le son? or, cette diminution était occasionnée par la présence du caillot.

Un autre symptôme assez extraordinaire, et dont l'explication est difficile à trouver, est la douleur du bras à l'instant où le membre cesse de recevoir du sang. Dans les gangrènes dites *séniles*, et dont le développement est graduel, il n'est pas rare de voir une exaltation de la sensibilité ; mais ici il y a un travail inflammatoire avant la manifestation de la gangrène, tandis que chez la femme Couteau la douleur est survenue à l'instant où elle cesse dans l'autre cas. Cette douleur peut-elle être comparée à celle qu'éprouve un amputé dans le membre qu'il a perdu ? Les circonstances ne sont pas encore les

mêmes ; chez celui-ci, le siége de la douleur est imaginaire ; chez l'autre, il est réel et déterminé par des circonstances physiques, la pression et le mouvement. Dépendait-elle de l'inflammation du tissu cellulaire qui entourait l'artère? Mais cette inflammation n'a pu être instantanée ; et, d'ailleurs, la douleur était répartie sur toutes les extrémités nerveuses. Nous pourrions encore étendre le champ des hypothèses, sans résoudre le problème ; contentons-nous de faire observer que les nerfs sont, de tous les tissus, celui qui résiste le plus long-temps à la mort dans ce cas, probablement parce qu'ils sont en communication directe avec le cerveau. Le caillot n'avait encore contracté aucune adhérence vitale avec la membrane de l'oreillette ; sa vie était encore isolée de la vie générale, comme celle des fausses membranes, à la suite des phlegmasies séreuses.

Malgré la diathèse séreuse qui avait lieu dans l'abdomen et aux extrémités inférieures, l'état sémi-concret du sang dans les poumons, la difficulté de l'en exprimer, est une preuve de la tendance de ce liquide à se coaguler. Voilà la cause prédisposante. Le rétrécissement de l'orifice oriculo-ventriculaire gauche est la cause efficiente de la concrétion.

La mort est survenue inopinément, car elle a frappé presque subitement une femme dont les organes permettaient encore quelques mois d'existence. A quoi faut-il l'attribuer? Le ramollissement très-circonscrit du cerveau y a-t-il contribué? ou bien le caillot de l'oreillette a-t-il bouché tout à coup l'orifice oriculo-ventriculaire? Les symptômes cérébraux survenus avant la mort militent en faveur de la première opinion, tandis que la dyspnée augmentée, le tumulte des battemens du cœur, la faiblesse du pouls autorisent la seconde. Peut-être les symptômes cérébraux ne sont-ils que la conséquence de la gêne de la circulation, l'effet d'une défaillance par défaut de sang oxygéné dans les organes.

Nous pouvons ajouter à l'observation précédente un fait assez analogue, dont les détails nous ont été fournis par notre ami M. *Legros*, interne dans le service des autopsies à l'Hôtel-Dieu, et recueilli dans

les salles de chirurgie. Nous avons vu la pièce anatomique à la clinique de M. *Dupuytren.*

IIIe OBS. *Gangrène lente du gros orteil du pied gauche; concrétion polypiforme dans l'artère poplitée et ses divisions, dans les artères hypogastrique et iliaque droites.* Un homme âgé de soixante-six ans, jardinier, eut au mois de juillet 1826, quelques accès de fièvre, avec sentiment de froid et d'engourdissement au gros orteil du pied gauche, suivi d'une gangrène sèche de la première phalange de ce doigt; la plaie ne se cicatrisa point, mais resta blafarde. Au mois d'avril 1827, la gangrène, jusque-là bornée à la partie indiquée, fit de nouveaux progrès, toujours précédée des mêmes phénomènes précurseurs, et accompagnée d'un sentiment douloureux. Les parties gangrénées se desséchèrent et noircirent; cependant quelques phlyctènes se formèrent sur le dos du pied; une odeur *sui generis*, mais peu prononcée, s'exhalait des parties malades. Le 14 juin, la gangrène avait frappé graduellement la moitié du pied. Le malade mourut cachectique.

L'autopsie cadavérique fut faite le 15 : voici ce que l'on remarqua : les artères iliaque primitive et hypogastrique droites étaient oblitérées par un caillot sanguin très-ferme, d'un rouge brique; l'artère crurale était libre : les artères poplitée gauche, tibiales antérieure et postérieure, etc., jusqu'aux divisions appréciables, étaient remplies par un long caillot sanguin, à peu près comme par la matière d'une injection; plus ferme et moins coloré que le premier, celui-ci avait cependant en haut la même couleur briquetée, mais cette teinte diminuait insensiblement vers le bas. Ce caillot devenait aussi plus dur à mesure que l'on descendait, et finissait par être fibro-cartilagineux; il adhérait partout aux parois artérielles, au moyen d'une couche plastique très-visible en haut, mais en bas il semblait confondu avec elles. Le système artériel était le siége d'une dégénération ostéo-calcaire.

Réflexions. Il est évident que la gangrène du pied est due à la formation spontanée d'un caillot sanguin, d'abord dans l'artère pédieuse,

puis dans l'artère poplitée, en remontant de bas en haut, comme l'indique la marche de la maladie et la différence de structure du caillot dans ses différens points. En effet, fibro-cartilagineux en bas, il se rapproche de plus en plus de son état primitif à mesure que l'on remonte vers l'espace poplitée. Cette gradation de densité et de coloration indique les changemens qu'il a éprouvés ou qu'il doit éprouver; nous le voyons donc passer au rouge brique foncé, dans l'artère iliaque, se décolorer dans l'artère poplitée, etc.; plus ferme qu'un caillot récent dans l'artère iliaque, il augmente de densité à mesure qu'il se décolore dans les divisions de l'artère poplitée; n'ayant point d'adhérences marquées dans l'artère iliaque, il adhère dans l'artère poplitée au moyen d'une couche plastique; plus bas cette couche n'existe plus, et le caillot et les parois artérielles sont confondus. Ici la transformation se fait naturellement; chez la femme Couteau il y a inflammation et ramollissement; chez l'une, la gangrène s'établit spontanément, parce que l'oblitération de l'artère est instantanée; chez l'autre, elle est graduelle, parce que l'artère s'oblitère graduellement, et que les capillaires ont eu le temps de se dilater; chez la première, il y a décoloration des tissus; la raison en est simple, il n'y abordait plus de sang, seulement quelques vaisseaux capillaires, serpentant entre les faisceaux musculaires, semblaient indiquer la manière dont la circulation a été entretenue chez le second malade, chez qui les tissus de la jambe n'étaient pas frappés de la même décoloration. Chez la femme Couteau, la gangrène a été parfaitement sèche et sans la moindre odeur; chez l'autre, il y a eu des phlyctènes et une odeur légère; la raison s'en trouve dans la différence de circulation dans les deux cas. Enfin l'observation que nous venons de rapporter, nous apprend encore que la circulation peut être entretenue dans un membre inférieur au moyen des anastomoses des artères honteuses externes, et de l'artère épigastrique.

IVe. OBS. *Accidens orthopniques; bruit de lime; rétrécissement de tous les orifices du cœur, excepté de celui de l'artère pulmonaire; concrétions*

sanguines ; oblitération de l'orifice de l'appendice oriculaire gauche. Simonne Fontan, âgée de quarante-trois ans, fut admise à l'hôpital Cochin le 3 février 1825. Elle éprouvait, depuis deux ans, tous les accidens d'une maladie organique du cœur, et offrait tous les phénomènes d'un rétrécissement à l'un des orifices de cet organe. Elle avait de fréquens accès de suffocation. C'est au milieu de l'un de ces accès, et avec l'appareil des plus horribles souffrances, que la mort vint la frapper, environ un mois après son entrée.

Nécropsie. Outre une foule de lésions remarquables de divers organes, le rétrécissement cartilagineux des orifices oriculo-ventriculaire et aortique, je trouvai l'oreillette gauche remplie par de gros caillots de sang noir, et par des concrétions fibrineuses jaunâtres; ces dernières adhéraient intimement aux faces de l'oreillette, et n'en pouvaient être séparées que par une déchirure, et en laissant une couche sur la membrane de cette cavité. Il n'y avait point de vaisseaux organisés; mais, dans les points où existaient les adhérences, la tunique était inégale, rugueuse, piquetée de rouge. Ce n'est pas tout : l'orifice de l'appendice oriculaire était bouché par une écaille calcaire, au-devant de laquelle la membrane interne de l'oreillette paraissait se continuer en formant une légère dépression; l'appendice était réduit au volume d'une plume à écrire; sa cavité logeait un cordon fibreux, dont le sommet était divisé en plusieurs petits filamens, qui s'épanouissaient en forme de pattes d'oie, et s'implantaient entre les colonnes charnues; tandis que sa base, en s'élargissant, embrassait la face correspondante de l'écaille qui bouchait l'ouverture de l'appendice, et paraissait se confondre avec la membrane interne de l'oreillette; ce cordon fibreux n'avait d'adhérences qu'à ses extrémités; il avait une teinte rougeâtre.

Réflexions. Nous n'avons donné qu'un court abrégé de cette observation, curieuse sous beaucoup d'autres rapports, mais dont les détails eussent été étrangers à notre sujet. En jetant les yeux sur les

obstacles que la circulation avait à surmonter dans son passage à travers le cœur, on ne sera pas étonné de voir les paroxysmes orthopniques se renouveler si souvent, et l'on en trouvera naturellement la cause dans la stase du sang au-dessus du ventricule gauche, dont la communication avec l'oreillette était la plus difficile. Il est évident que les caillots fibrineux existaient depuis quelque temps, puisqu'un travail d'adhésion s'était opéré; que ces caillots, par leur présence, ont encore favorisé la stase du sang, et peut-être servi de noyau aux caillots récens qui ont été, probablement, la cause immédiate de la mort. Quant à l'appendice oriculaire, on voit qu'il a été rempli, à une époque déjà ancienne, par une concrétion sanguine qui, par suite de transformation, est arrivée au point où nous l'avons trouvée.

Une observation, toute récente, qui nous a été communiquée par nos amis, MM. *Jobert*, interne à l'Hôtel-Dieu, et *Dance*, aide de clinique médicale, dans le même hôpital, et dont nous avons eu entre les mains la pièce anatomique que nous avons décrite, ressemble à la précédente sous quelques rapports.

Ve. OBS. *Symptômes cérébraux; fréquence du pouls; aucune lésion remarquable du système nerveux; concrétions sanguines dans l'oreillette gauche.* Élisabeth Marot, âgée de trente ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. *Husson*, le 27 juin dernier. Cette femme était fortement constituée, bien réglée, sujette, depuis un an, à de légères douleurs de tête. Trois semaines avant son entrée, elle avait été mouillée, étant en sueur, et avait toujours été mal portante depuis lors. Voici les principaux symptômes qu'elle a offerts à l'hôpital jusqu'au 10 juillet, jour de sa mort : vomissemens, sans douleurs à l'épigastre ni dans le ventre; céphalalgie frontale très-vive; parole embarrassée; fourmillemens et crampes dans le pied et le mollet droits, etc.; légère fréquence du pouls, qui augmenta par la suite, et s'éleva jusquà 140 pulsations. Les symptômes cérébraux ont été prédominans dans le cours de la maladie, ainsi que la fréquence du

pouls, dont les autres modifications ne sont pas notées dans l'observation. Les battemens du cœur n'ont pas non plus été auscultés. Le traitement a été antiphlogistique. Le 10 juillet, la maladie paraissait, depuis quelques jours, tendre à une heureuse terminaison, lorsque cette femme expira subitement.

Nécropsie. On ne trouva rien dans la tête ou le ventre qui pût expliquer les symptômes observés pendant la vie, et la mort survenue subitement. La lésion la plus remarquable rencontrée sur le cadavre est celle-ci : la valvule oriculo-ventriculaire gauche est, dans sa moitié postérieure et externe, opaline et dure, ainsi que ses tendons; mais dans son autre moitié, elle est épaissie, racourcie, très-dense, et redressée et surmontée, du côté de l'oreillette, par une tumeur qui paraît, au premier coup-d'œil, une forte végétation, de forme oblongue, légèrement bosselée à sa surface, de couleur grisâtre et rougeâtre, du volume d'une forte amande. Cette tumeur adhère au bord ulcéré de la moitié droite de la valvule, tandis que son extrémité gauche est relevée au-dessus de l'orifice oriculo-ventriculaire, qu'elle bouche à peu près comme une soupape, excepté cependant en dehors où elle ne peut atteindre; de sorte que le cours du sang n'était point encore complètement interrompu; d'ailleurs l'extrémité libre de la tumeur ne bouche l'orifice que lorsqu'on la déprime de haut en bas. Cette tumeur est évidemment composée de couches de fibrine, irrégulièrement disposées, sans traces d'organisation, de couleur grisâtre, rougeâtre, ou d'un gris ardoisé, et laissant entr'elles, vers la superficie, quelques vacuoles remplies de matière gélatiniforme. Il n'est pas possible de douter que ce ne soit une concrétion sanguine, dont la formation a été sollicitée par la maladie de la valvule, dont le bord, à l'endroit où il adhère à la tumeur, offre une ulcération brunâtre; l'oreillette contient en outre une concrétion récente, moitié formée de fibrine et moitié de sang noir, et qui a sans doute amené la mort subite.

Réflexions. Il n'est pas douteux, je crois, que la mort n'ait été terminée par l'obturation de l'orifice oriculo-ventriculaire, d'où est résultée la cessation de la circulation. Le caillot récent y a peut-être contribué pour beaucoup. Il n'est personne qui ne voie combien la situation de la concrétion dans le voisinage de l'orifice était dangereux; il ne fallait qu'un léger abaissement de l'extrémité libre de la tumeur pour intercepter le cours du sang, et c'est en effet ce qui est arrivé, à moins que le caillot récent formé pendant la vie n'ait lui-même produit cet effet. Une remarque à faire encore, c'est que, comme dans nos observations précédentes, nous trouvons aussi des symptômes gastriques, chez cette malade, sans lésions graves de l'estomac. Nous allons donner maintenant quelques observations de concrétions ramollies à leur centre, et formant des foyers purulens. Les deux suivantes nous ont été communiquées par notre ami, M. *Laugier*, actuellement interne à l'hôpital de la Charité.

VI[e] OBS. *Abcès urineux, gangrène, concrétions sanguines, suppurés à leur centre.* Charles Driancourt, âgé de soixante-quatre ans, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, le 8 mai 1825, pour être traité d'une rupture du canal urétal avec infiltration urineuse, qui avait fait des ravages effrayans. Le malade mourut avec des symptômes ataxo-adynamiques. Les battemens du cœur avaient donné, pendant la vie, l'idée d'une hypertrophie de cet organe, et la rigidité des artères radiales n'avait laissé aucun doute sur l'existence d'une diathèse ostéo-calcaire dans les artères.

Nécropsie. Outre les lésions profondes déterminées par l'infiltration d'urine, et les altérations correspondantes aux symptômes observés pendant la vie, on trouva une rougeur violacée de la membrane interne du système vasculaire à sang noir, et une rougeur vive de celle du système vasculaire à sang rouge. Entre les colonnes du ventricule gauche, on trouva deux caillots fibrineux, du volume d'un pois chacun, et rougeâtres à l'extérieur. De l'un d'eux pressé entre les

doigts, sortit une gouttelette de pus, et le caillot incisé sembla réduit à un kyste, dont la surface interne était blanchâtre et lisse, tandis que celle de l'autre, qui ne contenait qu'une sanie brunâtre, était granulée. Le système vasculaire était le siége d'ossifications nombreuses.

Réflexions. Il est évident que ces concrétions ne se sont point formées après la mort, car le sang, étant identique, ne pourrait donner lieu à deux concrétions aussi différentes. Le pus trouvé dans la première n'est point un résultat d'absorption, car il existerait probablement aussi dans la deuxième. Il me paraît plus rationnel de les regarder comme formées à des époques différentes, et arrivées à des degrés plus ou moins avancés d'inflammation.

VIIe obs. *Phthisie pulmonaire, symptômes orthopniques avant la mort; concrétions sanguines suppurées.* Une jeune femme, phthisique, est traitée dans les salles de M. *Fouquir*, à la Charité; sa mort est précédée de symptômes orthopniques et survient assez brusquement.

Nécropsie. Outre la désorganisation du poumon, on trouve, dans les cavités gauches du cœur des concrétions fibrineuses jaunâtres homogènes; les droites renferment des concrétions différentes : on les remarque entre les colonnes charnues, et pénétrant dans les sinuosités que ces colonnes laissent entr'elles : les unes, d'un jaune blanc, ne sont autre chose que des morceaux de fibrine décolorés et fermes; les autres, plus nombreuses, varient en forme et en volume suivant les espaces qui les logent; elles paraissent flasques et affaissées sur elles-mêmes; la pointe du bistouri, appliquée sur quelque-unes, y démontre une fluctuation évidente. Leur surface externe a une teinte d'un blanc jaunâtre, ponctuée de rouge, comme les séreuses enflammées, ou d'un bleu violet très-faible. Quelques-unes sont simplement enchatonnées entre les colonnes charnues du ventr cule, sans adhérences organiques, tandis que d'autres adhèrent par de petits filamens. Ces concrétions sont autant de kystes, dont la cavité est

vide dans quelques-uns, remplie d'un liquide sanieux dans d'autres, ou d'un liquide offrant tous les caractères du pus dit *louable*. La face interne de ces foyers paraît injectée.

Réflexions. Nous avons ici à peu près tous les degrés de transformation que les concrétions sanguines puissent éprouver; en y ajoutant le ramollissement granulé, que nous avons précédemment observé, nous aurons la marche qu'elles suivent lorsqu'elles s'enflamment. D'abord la concrétion se forme, elle acquiert de la densité, puis se ramollit vers le centre, devient un foyer rempli d'un liquide sanieux; ce liquide passe à l'état purulent, le pus se résorbe; le kyste contracte des adhérences organiques, se pénètre de vaisseaux : que devient-il ensuite? l'observation ne nous l'apprend pas.

VIIe obs. (communiquée par notre ami et collègue M. *Campaignac.*) *Palpitations, dyspnée, symptômes rémittens, concrétion sanguine suppurée.* Victoire Dupite, âgée de quarante-un ans, entra à l'hôpital des Vénériens, le 15 octobre 1824, pour être traitée de pustules sèches, développées à la surface du corps sans symptômes primitifs de syphilis. Quelques jours après son entrée, elle éprouva des palpitations et une dyspnée peu intenses, auxquelles elle était sujette depuis assez long-temps, mais qui avaient toujours été calmées par les adoucissans et les révulsifs. Les mêmes moyens soulagèrent la malade jusqu'au 12 novembre, que ces accidens reparurent plus intenses. (*Quinze sangsues au bas du sternum, révulsifs.*) Soulagement. Le 19, récrudescence, hémopytsie. (*Large saignée, révulsifs.*) Amélioration. Le 20, les accidens sont moins intenses; jusqu'ici le pouls a toujours été serré, fréquent, irrégulier; la peau blanche, les lèvres décolorées. On diagnostique une hypertrophie du ventricule droit. (*Ventouses scarifiées au bas du sternum.*) Soulagement. Le 23, frictions avec le proto-iodure de mercure sous la plante des pieds. Les 25 et 26, réapparition des accidens, infiltration des extrémités et de la face. (*Ventouses scarifiées, révulsifs.*) Soulagement graduel. Le 1er décembre, on

revient aux frictions, dc deux jours l'un : la malade s'affaiblit, expectore du pus, et meurt le 15 au matin.

Nécropsie. Volume du cœur doublé ; un peu de sérosité limpide, mêlée de quelques flocons albumineux, dans le péricarde ; cette membrane est rouge et enflammée dans plusieurs points ; les cavités du cœur, surtout les droites, contiennent beaucoup de sang coagulé. Les parois des ventricules un peu épaissies, les fibres charnues pâles et faciles à déchirer. Au sang qui remplit les ventricules sont joints des caillots fibrineux, adhérant aux colonnes charnues ; deux d'entr'eux, du volume d'une petite noix, adhèrent au sommet des ventricules ; celui du droit, ramolli à son centre, contient un liquide épais et puriforme. Les poumons sont tuberculeux et emphysémateux.

VIIIe OBS. (Communiquée par notre ami M. *Tallon*, interne à la Charité). Une femme, âgée de quatre-vingt-six ans, est conduite à l'hôpital de la Charité, dans un état adynamique, le 11 août 1826 ; elle meurt deux jours après. Elle se plaignait depuis long-temps d'une gêne dans la respiration. A l'ouverture du cadavre, on trouve le ventricule droit rempli de caillots, moitié sanguins, moitié fibrineux ; l'incision de ce ventricule, prolongée jusqu'au sommet, fait jaillir un liquide jaunâtre épais, semblable à du pus. L'instrument dans son trajet a divisé deux cavités d'inégale grandeur ; l'une d'elles pourrait loger une noix ordinaire, elle contient encore du pus et quelques grumeaux blanchâtres et flottans ; cette cavité est évidemment formée par un caillot sanguin, ramolli à son centre ; ses parois sont d'un blanc rosé. D'autres petits caillots contiennent aussi du pus ; un seul ne contient qu'une sanie non encore diffluente. Tous adhèrent aux parois du ventricule ; mais ces adhérences sont peu intimes et faciles à détruire ; elles ne sont point vasculaires, mais simplement constituées par les embranchemens des caillots avec les colonnes du ventricule. Les autres cavités du cœur

contiennent du sang noir ; les parois charnues de cet organe sont un peu amincies. Rien de particulier dans la tête ni dans le ventre. Poumons engoués ; hépatisation rouge du lobe supérieur droit.

L'adynamie, chez cette femme, tient peut-être à la vieillesse. Mais elle peut avoir pour cause la présence et la suppuration des caillots dans le cœur. Parmi les caillots, il en est un qui marque le passage du ramollissement à la suppuration.

Les concrétions se présentent assez souvent sous forme membraneuse, et dans ce cas elles ne paraissent pas subir les mêmes altérations que les autres. Il nous est fréquemment arrivé de voir des concrétions sanguines entrelacées avec les tendons des valvules, qu'elles réunissaient jusqu'à leur sommet, de sorte que les valvules ne semblaient plus former qu'une simple toile ; la division en tendons n'avait lieu que près des colonnes charnues : je ne doute nullement que ces sortes de concrétions ne soient le moyen principal de réunion des tendons, dans les cas où les valvules prolongées ne forment plus une simple ouverture, mais un canal plus ou moins large ; j'ai quelques raisons de croire aussi que souvent elles donnent lieu à un bruit de râpe ou de scie. Je trouve ce fait consigné dans plusieurs de mes observations, il serait trop long de les rapporter en détail, il suffit, je crois, de l'avoir indiqué.

Dans les sacs anévrysmaux, les concrétions affectent aussi la forme laminaire; ce sont ordinairement des lames concentriques, d'autant plus denses qu'elles sont plus anciennes; et il est à remarquer que ces concrétions séjournent souvent des années entières dans les poches anévrysmales, sans éprouver d'autre altération qu'une décoloration et une augmentation de densité ; il est vrai que, dans ce cas, le repos auquel le sang est soumis, dans les dilatations artérielles, est ordinairement la seule cause de sa coagulation ; tandis que dans les cas rapportés plus haut, nous avons toujours observé un état particulier du sang antérieur ou concomitant.

Une observation, rapportée par *Corvisart*, nous montre une concrétion lymphatique très-tenace, et évidemment ancienne, tapissant

tout l'intérieur du ventricule droit, auquel elle adhère, et lui servant en quelque sorte de doublure. Cette concrétion n'avait point subi d'altération analogue à celles que nous avons remarquées assez constamment pour les concrétions de forme courte.

Nous terminerons ces observations par quelques faits de concrétions récentes, et qui ont déterminé instantanément la mort.

IXe OBS. *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche; concrétions sanguines récentes.* Poirion, âgé de cinquante-sept ans, sculpteur en bois, fut reçu à l'hôpital Cochin à plusieurs reprises, dans le cours de l'année 1825; il offrait tous les signes d'une hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur, et éprouvait fréquemment, pendant plusieurs jours de suite, des paroxysmes orthopniques très-aigus; durant ces paroxysmes, les battemens du cœur étaient forts, irréguliers et mats, tandis que, dans les momens de calme, ils étaient très-sonores; les saignées abondantes soulageaient presque instantanément. La mort arriva pendant un paroxysme, au milieu des angoisses de la suffocation.

Les cavités du cœur contenaient des caillots énormes, noirs et fibrineux dans quelques points; le plus volumineux était dans l'oreillette droite.

Réflexions. L'intermittence de la sonoréité des battemens du cœur chez ce malade et chez plusieurs autres, le soulagement qui suivait les évacuations sanguines, m'avait fait présumer que les paroxysmes étaient dus à une stase du sang vers le centre circulatoire, et l'absence du son des contractions du cœur, à la réplétion de ses cavités : l'autopsie est venue confirmer cette supposition, que plusieurs fois depuis j'ai encore vue se vérifier.

Xe OBS. *Bronchite; concrétion polypiforme reconnue pendant la vie; mort rapide.* Dans le cours de l'année 1826, je recueillis, à l'hôpital des Enfans malades, dans les salles de M. *Jadelot*, conjointement avec mon ami *Jobert*, l'observation suivante : un enfant de dix à douze ans,

était traité depuis quelques jours d'une bronchite aiguë, sans autre phénomène morbide; il était à l'usage des adoucissans, lorsqu'un matin il fut pris tout à coup d'une dyspnée extrême, orthopnée, teinte violette des lèvres et des pommettes, efforts de respiration précipités, accompagnés de jactation; angoisse inexprimable, *facies* effrayé. Les battemens du cœur étaient précipités, irréguliers, peu sonores, *surtout derrière le sternum, où l'oreille percevait un choc mat;* pouls faible. Mort quelques heures après.

Nécropsie. Sauf l'inflammation assez aiguë de la muqueuse bronchique, nous ne trouvâmes dans les organes des cavités splanchniques aucun désordre appréciable; mais le cœur était dilaté par des caillots sanguins; quelques-uns, peu volumineux, existaient dans les cavités gauches; les droites étaient remplies par un caillot fibrineux de couleur citrine, semi-transparent, entrelacé avec les colonnes charnues du cœur et les tendons valvulaires, et envoyant des prolongemens dans l'artère pulmonaire et les veines-caves supérieure et inférieure. Ce caillot paraissait formé d'un tissu aréolaire assez semblable à celui des polypes dits *muqueux.*

Plusieurs fois j'ai rencontré des caillots de structure semblable.

Le fait précédent est curieux sous le rapport du diagnostic établi sur un signe que l'on n'avait point encore indiqué; et que l'on ne pense pas que les autres symptômes auraient suffi, car il y a eu, sur la nature des accidens, autant d'avis que de personnes présentes. La matité des battemens du cœur m'a donné la certitude physique que les cavités droites de cet organe étaient remplies par une concrétion spontanément développée. La nature de cette concrétion indique assez qu'elle a été séparée d'un sang enflammé.

M. *Laugier*, à qui j'avais parlé de ce symptôme, a reconnu par son moyen une concrétion développée dans le ventricule gauche chez une femme phthisique, deux jours avant la mort.

Nous pourrions multiplier les observations de concrétions sanguines, auxquelles une mort subite peut être attribuée. Les auteurs nous en

fourniraient de nombreux exemples; mais nous croyons en avoir dit assez pour mettre ce fait hors de doute. D'ailleurs, les concrétions sanguines n'ayant point été décrites jusqu'ici avec assez de soin, et étant regardées comme secondaires dans les ouvertures de cadavres, nous ne pourrions pas éclairer davantage la question.

HISTOIRE GÉNÉRALE DES CONCRÉTIONS POLYPIFORMES.

Résumant les principales circonstances de nos observations, rapprochant les faits et saisissant leurs analogies et leurs différences, tâchons d'établir quelques idées générales sur les concrétions polypiformes développées pendant la vie.

Mais ici nous sommes arrêtés par une question : comment reconnaître sur le cadavre les concrétions antérieures à la mort? 1°. On peut affirmer qu'elles sont dans ce cas lorsqu'elles ont subi des altérations que les lois de la décomposition physique ne produisent jamais; 2°. lorsqu'elles ont contracté des adhérences organiques avec les parties sur lesquelles elles reposent; 3°. lorsque l'un ou l'autre de ces caractères manquent, ce qui arrive toujours quand la mort a été prompte, on parvient à les distinguer par le raisonnement, et l'appréciation des symptômes et des signes qui ont précédé l'instant fatal; 4°. enfin, il est des cas qui restent nécessairement dans le doute. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point de pathologie; nous croyons l'avoir assez éclairci dans nos observations particulières.

Définition. Nous désignons sous le nom de *concrétions polypiformes*, *polypes sanguins*, toute concrétion sanguine développée dans les vaisseaux et pendant la vie. Cette dénomination, vicieuse en apparence, et condamnée par les auteurs, n'est peut-être pas dépourvue de toute justesse; elle nous paraît même plus applicable au cas présent qu'à celui d'excroissances développées dans l'intérieur des fosses nasales ou

de l'utérus ; en effet, celles-ci n'ont qu'une existence dépendante de la partie sur laquelle elles s'élèvent, c'est avec les vaisseaux et le sang de cette partie qu'elles vivent ; tandis que, dans le premier cas, c'est indépendamment des solides, et plongées dans un liquide, dont elles se nourrissent probablement par une imbibition et un suintement alternatifs, que les concrétions existent. Leur analogie avec les polypes est donc plus marquée.

Différences. Les principales tiennent au siége, à la forme, au volume, au nombre, à l'ancienneté, à la structure et aux changemens que ces concrétions peuvent éprouver ; enfin, à leurs effets médiats ou immédiats.

Du siége. Les concrétions polypiformes peuvent exister dans tous les points du système circulatoire ; mais elles sont plus fréquentes vers le centre, et la raison en est simple : c'est là que se trouvent le plus de rétrécissemens et de sinus alternatifs ; c'est là que les obstacles morbides le plus souvent se rencontrent ; c'est là, en un mot, que se trouvent le plus de digues, dont la moindre altération est un obstacle au cours régulier du sang ; et nous savons que le repos est une des conditions ordinaires de la coagulation de ce liquide ; on ne sera donc point étonné de rencontrer les concrétions polypiformes plus fréquentes dans le cœur que partout ailleurs. L'inégale force des oreillettes et des ventricules, en permettant au sang de séjourner plus long-temps dans les premières que dans les secondes, favorise encore le coagulum dans les unes, tandis que les colonnes charnues et leurs anfractuosités dans les autres peuvent y contribuer. On conçoit encore que le sang artériel, doué d'une vive impulsion, se coagule plus difficilement que le sang veineux, dont le retour vers le cœur est si lent dans certains cas. Il faut remarquer cependant que le sang artériel est plus plastique, et que certaines maladies de ces vaisseaux, en détruisant l'élasticité de leurs parois, nuisent à la rapidité du cours du sang ; or, comme ces maladies sont très-fréquentes, on ne sera point étonné de rencontrer

si souvent des artères oblitérées par un caillot sanguin. D'après leur siége, les concrétions donnent lieu à des effets différens; nous aurons occasion de revenir sur ce sujet. Disons seulement que dans le cœur elles peuvent oblitérer plus ou moins complètement, momentanément ou d'une manière continue, l'un ou l'autre des orifices de cet organe, et donner lieu à des accidens continus, momentanés, ou provoquer subitement la mort; que, dans les artères secondaires, elles ne peuvent avoir de suite fâcheuse, tandis que dans une artère principale, si la circulation est brusquement interrompue, la mort des parties auxquelles elle porte la nutrition est nécessaire; mais si la concrétion ne s'établit que lentement, la vie peut encore être entretenue par la circulation capillaire; que dans les veines, elles donnent lieu, suivant M. *Bouillaud*, à l'œdème des parties situées au-dessous; j'avoue que j'ai eu fréquemment occasion de constater le contraire, et la raison en est simple : les veines ont trop d'anastomoses, etc., pour que le cours du sang soit interrompu.

De la forme. La forme que les concrétions sanguines affectent est ordinairement déterminée par la cavité dans laquelle elles sont logées. Toutes les variétés de forme peuvent se réduire à trois principales, courte, longue ou membraneuse. Cette distinction n'est point aussi futile qu'elle paraît l'être d'abord. En effet, nous avons vu, dans nos observations, que la forme membraneuse paraît être à l'abri des altérations pathologiques qui frappent les autres, et spécialement la formeen caillot. Une concrétion membraniforme peut tapisser pendant long-temps et impunément une cavité du cœur; mais la modification la plus importante qu'elle puisse amener a lieu lorsqu'elle s'entrelace entre les piliers des valvules. J'ai la certitude que c'est là le principal moyen de prolongement de ces organes, lorsqu'ils se réunissent et s'allongent pour former un canal plus ou moins étroit. On conçoit encore comment certaines formes de concrétions s'opposent à l'oblitération complète d'un orifice, contre lequel elles sont appliquées.

Du volume, de l'étendue. L'un et l'autre peuvent varier depuis la

5

grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf et plus, depuis quelques lignes de longueur jusqu'à plusieurs pieds. D'après ces différences les concrétions peuvent remplir plus ou moins complètement la cavité ou le canal dans lequel elles sont logées, envoyer des prolongemens dans les canaux voisins, et intercepter le cours du sang par les moyens anastomotiques. Le danger n'est pas toujours en raison du volume; en effet, supposons un instant dans les cavités du cœur une concrétion de volume moyen, libre, et lancée vers l'orifice de cette cavité; elle pourra y pénétrer, la boucher complètement, et s'opposer au cours du sang, tandis qu'une concrétion plus volumineuse ne pourra s'engager dans l'ouverture, et laissera encore le passage au sang libre jusqu'à certain point.

Du nombre. Les concrétions peuvent être isolées, ou multiples, bornées à un côté du système circulatoire, ou existant des deux côtés. Les concrétions isolées peuvent être le résultat d'un simple obstacle à la circulation. Mais lorsqu'elles sont multiples, surtout lorsqu'elles existent de deux côtés à la fois, il faut admettre une autre cause, un état particulier du sang, une tendance de ce liquide à se coaguler, une maladie véritable.

Du lieu de leur développement. Lorsqu'elles adhèrent au moment de leur formation par des entrelacemens, elles demeurent fixées en cet endroit; mais si elles sont mobiles et que leur volume ne soit pas trop considérable, elles peuvent passer d'une cavité dans une autre, être projetées dans les vaisseaux. Des fragmens détachés d'une concrétion adhérente, peuvent être entraînés par le torrent de la circulation, et portés dans un endroit plus ou moins éloigné du lieu de leur développement.

Des adhérences. Il est inutile de rappeler ici que parmi les concrétions les unes sont libres, les autres adhérentes; qu'une concrétion, libre au moment de sa formation, peut devenir adhérente quelque temps après.

Les adhérences sont de deux ordres, mécaniques et constituées par des enlacemens réciproques d'une concrétion avec les piliers ou les tendons des valvules, etc., ou vitales et organiques, et constituées par des vaisseaux de nouvelle formation. Les premières existent à l'instant où la concrétion se développe; les autres ne s'établissent que consécutivement, et voici de quelle manière : une couche plastique est interposée entre la concrétion et la membrane vasculaire sur laquelle elle repose : cette couche est quelquefois très-visible, d'autres fois elle n'est perceptible qu'en enlevant la concrétion de dessus la membrane; on aperçoit alors cette espèce de glu filer à peu près comme celle qui unit entr'elles les fibres musculaires. Plus tard, il paraît entre les faces adhérentes de petites taches rouges ponctuées ou lenticulaires; plus tard, on aperçoit des vaisseaux qui vont de l'une à l'autre; c'est absolument la même marche que celle des pseudo-membranes des séreuses enflammées; enfin, dans la dernière période, les faces sont confondues. Les adhérences peuvent être avantageuses ou funestes; avantageuses, lorsqu'elles fixent le caillot loin des orifices; funestes, lorsqu'elles l'en tiennent rapproché, de manière à ce que l'occlusion soit toujours imminente. M. *Laënnec* a émis l'idée que les végétations valvulaires étaient des concrétions polypiformes greffées sur la membrane vasculaire; il est bien difficile d'admettre cette explication pour les végétations des valvules aortiques; en effet, là est la partie la plus étroite du système circulatoire, absolument parlant; c'est au moment de la traverser que le sang reçoit toute l'impulsion du ventricule; il balaie avec force les faces des valvules dans son cours, plus rapide en ce point que partout ailleurs, et il doit entraîner les concrétions légères qui sont déposées à la surface ou sur le bord de ces voiles membraneux. Je pense, avec MM. *Bertin* et *Bouillaud*, qu'elles sont le résultat d'une sécrétion inflammatoire qui adhère à la membrane à l'instant même de sa formation.

De la structure et des changemens subséquens. Les concrétions formées après la mort et celles qui s'établissent dans l'agonie des maladies organiques du cœur offrent les mêmes caractères; c'est un sang

noir semi-coagulé, quelquefois simplement recouvert dans une étendue plus ou moins considérable, ou partiellement composé d'une couche couenneuse plus ou moins épaisse. Les concrétions spontanées, celles qui occasionnent une mort subite, peuvent offrir les mêmes caractères. On ne peut les distinguer des premières que par les symptômes qui ont précédé l'instant fatal, comme nous l'avons dit.

Quelquefois la concrétion a pour caractères anatomiques, d'être formée d'un tissu aréolaire, recouvert à l'extérieur par une membrane lisse, infiltrée de sérosité ou d'une matière gélatiniforme; d'autres fois c'est un tissu fibrineux, dense et cohérent, non-coloré; cette absence de coloration peut venir, ou de ce que la concrétion a été primitivement fibrineuse et incolore, ou de ce que la matière colorante a été résorbée, résorption qui, pour le dire en passant, paraît se faire très-lentement. Depuis l'état gélatiniforme jusqu'à l'état fibreux, qui paraît être le dernier terme de la densité des concrétions, il y a difféférens degrés intermédiaires.

Le caillot une fois établi, coloré ou incolore, subit divers changemens, dont l'observation nous a marqué les périodes. Dans certains cas, le caillot augmente peu à peu de densité, contracte des adhérences avec la membrane voisine, se décolore graduellement, et finit par n'être qu'un cordon ou une membrane fibreuse, suivant la forme primitive qu'il a affectée; dans d'autres cas, un mouvement inflammatoire se manifeste dans la concrétion, soit qu'il ait été puisé dans le sang liquide, ce qui est probable, ou qu'il se soit établi consécutivement; et alors, ou une exsudation grumeleuse a lieu entre les deux substances, dont un caillot peut être formé, et même dans son épaisseur; ou, ce qui est le plus ordinaire, le caillot se ramollit au centre, devient granulé, d'un jaune grisâtre ou rougeâtre, passe à l'état sanieux, puis purulent; puis le pus est résorbé, et il ne reste plus que les couches excentriques du caillot, qui ont résisté au ramollissement et forment les parois du foyer. Que devient le kyste après la résorption du pus? Je l'ignore. Il est certain, toutefois, que tous ces

changemens peuvent s'opérer indépendamment des solides, et sans que les concrétions aient contracté des adhérences.

Ces diverses métamorphoses prouvent incontestablement que non-seulement des concrétions sanguines se forment pendant la vie, mais encore qu'elles éprouvent des modifications physiologiques et morbides après leur formation.

Nous avons entendu M. *Dupuytren* exprimer une opinion trop importante sur les altérations du sang, que quelques médecins ont jugées carcinomateuses, pour ne pas la rapporter ici. Cet illustre professeur, dont je m'honore d'avoir été l'élève, et que je prie de recevoir l'expression publique de ma reconnaissance, a rencontré, un grand nombre de fois, les gros troncs veineux remplis et oblitérés par des caillots; il a trouvé dans le cœur des caillots arrondis, bien terminés, et couverts d'une sorte de membrane à surface inégale, et comme analogue à la face interne de l'estomac du veau; il a observé, pendant la vie, des phénomènes qui ne peuvent être attribués qu'à leur présence, et qui mettent hors de doute leur préexistence à la mort; il a constamment trouvé leur centre ramolli, diffluent, de couleur grise. Des recherches attentives lui ont prouvé que cette altération est le résultat d'un travail analogue à celui qui produit la suppuration, et qu'elle n'a aucune analogie avec la dégénération carcinomateuse. Il conclut de ces recherches que le prétendu carcinome du sang n'est qu'une matière puriforme, développée par la chaleur vitale dans des concrétions qui, n'etant pas soumises au contact de l'air, et de toutes parts environnées par la vie, n'ont pu se décomposer autrement.

Effets des concrétions sanguines. Nous avons déjà noté quelques effets résultant des différences de siége, tâchons d'indiquer les autres. Les accidens, lorsqu'il y en a, seront différens suivant que la concrétion aura lieu dans les cavités gauches ou droites; et cela se conçoit. Dans le premier cas, le sang peut être arrêté avant d'arriver aux poumons, refluer vers le cerveau ou le ventre, et nécessiter l'orthopnée

pour faciliter le retour du sang des extrémités supérieures, ou retarder son cours dans les extrémités inférieures ; la teinte violacée de la face, l'angoisse, l'anxieté, l'effroi l'accompagnent. Mais si les vaisseaux ne sont pas oblitérés au point d'intercepter beaucoup le cours du sang ; si, en même temps, le malade a été soumis à des évacuations sanguines nombreuses, la circulation peut se continuer sans accidens, la diminution du volume du sang suffisant pour compenser celle de la capacité vasculaire ; seulement, le pouls est petit et fréquent, la petite quantité de sang qui peut arriver au cœur et être projetée à chaque contraction étant insuffisante pour remplir les artères. Lorsque la concrétion oblitère le passage du sang assez complètement pour déterminer la stase du liquide dans le cerveau, etc., la mort arrive par asphyxie de cet organe, asphyxie produite par le contact d'un sang devenu délétère pour le tissu qu'il imprègne, et dans lequel il séjourne ; tandis que, d'un autre côté, il meurt par défaut de sang oxygéné.

Lorsque la concrétion a lieu dans les cavités gauches, les accidens sont plus graves : en effet, le reflux du sang a lieu dans les organes placés dans le cercle que parcourt ce liquide, en passant des cavités droites aux cavités gauches. La stase du sang dans ces organes donne lieu à une gène extrême dans la respiration ; c'est ce qui arrive toutes les fois qu'un rétrécissement un peu considérable a lieu à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; et c'est ce qui arrivera aussi lorsqu'une concrétion sanguine sera placée dans ces cavités de manière à produire à peu près le même effet. On conçoit que, dans ce cas, les battemens du cœur soient irréguliers, tandis que, dans le premier, ils conservent souvent leur régularité. En effet, le reflux du sang n'a pas lieu seulement dans les poumons, il se fait encore dans les cavités droites, qui, surchargées de ce liquide, se contractent coup sur coup pour s'en débarrasser. Il peut se faire cependant que des caillots existent dans les cavités gauches sans donner lieu à des accidens constans ; cela dépend de leur volume, de leur position, de la quantité de sang extraite par la saignée, etc.

Quant aux accidens généraux qui peuvent accompagner les concrétions sanguines, nous avons vu plusieurs fois des symptômes d'une irritation gastrique plus ou moins intense, sans trouver, sur le cadavre, de lésion assez profonde de l'estomac pour expliquer les symptômes dont il avait été le siége pendant la vie. Nous notons simplement le fait, sans en tirer aucune conséquence.

Diagnostic des concrétions sanguines. Il peut être établi dans un grand nombre de cas; il diffère d'ailleurs dans les concrétions artérielles, veineuses, et celles qui ont lieu dans le cœur. Dans l'un et l'autre cas, il ne peut être établi que lorsque la concrétion est assez forte pour donner lieu à des symptômes.

1°. *Dans les artères.* Un sentiment de froid et d'engourdissement dans un membre, une diminution dans la température, une diminution ou une cessation spontanées des battemens artériels, lorsque rien à l'extérieur ne comprime le vaisseau principal; la décoloration et la gangrène sèche des parties, suffisent pour établir un diagnostic. La partie du membre où s'arrête la décoloration, ou plutôt où les battemens artériels redeviennent perceptibles, indique le siége de la concrétion. Si c'est une artère profonde d'une cavité, le raisonnement et l'analogie peuvent fournir des présomptions.

2°. *Dans les veines.* Le diagnostic ne peut guère être établi avec certitude, l'œdème pouvant exister sans concrétion dans la veine principale, et une concrétion pouvant exister sans œdème.

3°. *Dans les cavités du cœur.* Elles ne peuvent être reconnues que lorsqu'elles ont un certain volume, et qu'elles donnent lieu à des accidens rémittens ou continus.

Quels que soient ces accidens, ils ont paru subitement; alors on a de fortes présomptions; ou bien ils surviennent chez un malade qui, depuis un temps plus ou moins long, éprouve des symptômes annonçant un obstacle à la circulation.

Suivant M. *Laënnec*, «lorsque, chez un malade qui jusque-là avait présenté des battemens du cœur réguliers, ceux-ci deviennent tellement anormaux, obscurs et confus qu'on ne peut les analyser, on peut soupçonner la formation d'une concrétion polypiforme, si ce trouble n'a lieu que d'un seul côté, la chose est à peu près certaine.»

M. *Laënnec* ne parle que des concrétions qui surviennent hors le cas de maladies du cœur, et il donne pour signes des symptômes qui pourraient dépendre d'une autre cause. Le trouble qu'il indique dans un côté du cœur me paraît impossible sans que l'autre y participe. Il est certain d'ailleurs que des concrétions se développent sans donner lieu au moindre accident qui puisse faire supposer leur existence.

Parmi les signes indiqués par les auteurs, et que l'on peut regarder comme rationnels, il n'en est aucun pathognomonique : l'auscultation va nous en fournir. Ayant observé plusieurs fois, dans les maladies du cœur que des battemens, sonores dans l'état de calme devenaient tumultueux et mats pendant les paroxysmes, au moment où tout annonçait une concentration du sang vers la poitrine ; j'en ai tiré la conséquence que les palpitations étaient, dans ce cas, la suite de la surcharge du cœur par une quantité de sang dont il ne pouvait se débarrasser ; et que cette accumulation de liquide dans ses cavités diminuait la sonoréité des battemens, par la raison qu'un vase sonore perd de cette propriété à mesure qu'il se remplit d'un liquide.

Ayant trouvé chez la femme Couteau (OBS. II[e]), un caillot dans l'oreillette gauche (dont le son, en général, est éclatant), et ayant noté, dans l'observation, une absence de son correspondant à l'époque à laquelle on peut faire remonter la concrétion, j'ai tiré cette conséquence, que les concrétions sanguines développées dans le cœur diminuaient aussi le son de la cavité qui les logeait ; et, depuis, j'ai eu occasion de constater le fait.

Ainsi la diminution ou la perte du son dans une ou plusieurs cavités du cœur est un signe certain des concrétions sanguines; toutefois, il peut ne pas toujours exister; dans les cas, par exemple, où la concrétion est petite, il est nul. La cavité dont le son est diminué indique le siége de la concrétion. Ce signe offre encore plus de certitude s'il est joint aux signes rationnels, et surtout à l'apparition subite des symptômes. Mais, il faut bien en convenir, on ne peut toujours en faire usage, car la diminution du son peut n'être que relative; et si le malade n'a pas été ausculté antérieurement, que l'on n'ai point un terme de comparaison, ce signe peut devenir nul.

Si la concrétion est mobile, à l'absence du son peuvent se trouver joints des accidens passagers, qui annoncent que la concrétion est poussée momentanément vers l'orifice de la cavité où elle est logée.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'il n'y a qu'un seul signe au moyen duquel on puisse reconnaître avec certitude une concrétion développée dans les cavités du cœur, que ce signe peut ne pas exister ou être peu marqué, et que, dans ce cas, le diagnostic est impossible.

Des causes. Elles sont de deux sortes, ou *mécaniques* ou *vitales.* Dans les premières, nous rangeons tous les obstacles possibles au cours du sang, lesquels favorisent la stagnation de ce liquide dans un point; d'où résulte sa coagulation par suite du repos auquel il est soumis : la deuxième espèce de causes consiste, selon nous, dans un état particulier du sang; une certaine tendance à se concréter; une sorte de plasticité; ou bien encore une tendance qu'ont quelques-uns de ses principes, et spécialement la couenne, dans les maladies inflammatoires, à se séparer du reste de ce liquide. Il n'est personne qui n'ait observé avec quelle rapidité le sang se concrète quelquefois à la suite de la saignée; combien certains caillots offrent de consistance, tandis que d'autres sont en quelque sorte diffluens; et il importe peu ici que le sang soit riche, ou qu'il ait été appauvri par

des saignées multipliées, car j'ai vu une malade soumise au traitement de *Valsalva*, dont le sang décoloré, à la cinquantième saignée, offrait encore un coagulum consistant sans sérum ; il semblait entièrement formé de couenne : il est vrai de dire que tous les sept à huit jours cette malade éprouvait des accidens inflammatoires qui nécessitaient de nouvelles saignées ; les sangsues, même en grand nombre, ne la soulageaient pas.

Tout le monde sait que, vers la fin de certaines maladies du cœur, le sang ne coule plus qu'en bavant de la veine, même par une large ouverture ; il est déjà sémi-concret dans les vaisseaux. On conçoit qu'un léger obstacle détermine sa coagulation. J'ai la certitude que la mort, dans un grand nombre de maladies organiques du cœur, est due à des concrétions sanguines développées sous l'influence de ces deux causes.

Prognostic. Il est toujours très-grave, et on peut le regarder comme étant souvent mortel. En effet, rarement trouve-t-on sur le cadavre des concrétions un peu anciennes dans le cœur, pour peu qu'elles aient un certain volume. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet ; ce que nous avons dit antérieurement doit suffire pour établir le prognostic.

Traitement. Nous arrivons maintenant à la conclusion de notre travail, le traitement de la maladie que nous avons essayé d'esquisser. Est-il possible de prévenir les concrétions, ou de les faire disparaître lorsqu'elles sont formés ? En un mot, y a-t-il un traitement prophylactique et un traitement curatif ?

1°. Nous avons admis deux genres de causes ; lorsqu'on a à craindre la formation d'une concrétion, d'après l'existence isolée ou simultanée de ces deux causes, il faut essayer de les combattre.

Les saignées convenablement ménagées, les révulsifs employés à propos, la ligature des membres pour empêcher le sang de retourner au cœur et donner à cet organe le temps de se débarrasser de celui qui le surcharge, des antispasmodiques plus ou moins éner-

giques peuvent avoir de bons effets. La digitale, ce remède héroïque dans certains cas, devient nuisible dans les derniers temps des lésions organiques du cœur, en diminuant sa contractilité déjà impuissante pour suffire au sang que cet organe est chargé de renvoyer dans toutes les parties du corps. Il doit en être de même de l'acide prussique employé dans le même but.

Mais comment combattre cette tendance du sang à se concréter? Dans certains cas, les saignées et les boissons aqueuses conviennent; les acides seront proscrits, parce que ces agens précipitent le sang en s'unissant à l'albumine qu'il renferme. La potasse et la soude, exerçant une action contraire en dissolvant la fibrine, les sels de ces deux bases pourront être employés avec avantage. Ce traitement est théorique; la pratique nous laisse en défaut.

2°. Une concrétion formée peut-elle être dissoute : je n'en sais rien; l'expérience des temps peut seule résoudre le problème. Nous dirons toutefois que nous avons vu, à la clinique de M. *Dupuytren*, plusieurs cas de tumeurs anévrysmales dissoutes par l'emploi intérieur et extérieur de l'acétate de plomb. Il est bien évident que les concrétions sanguines qui avaient lieu dans les poches anévrysmales, ont été en quelque sorte fondues par le sel métallique; on est donc autorisé à en admettre l'emploi dans les cas de concrétions spontanées.

Des expériences chimiques et physiques sur le sang, encore soumis à l'empire de la vie chez les animaux vivans ou sur le cadavre de ce liquide, immédiatement aprés son extraction de la veine, dans un état plus ou moins avancé de décomposition, et dans des circonstances physiologiques ou pathologiques, auraient pu fournir quelques éclaircissemens et des inductions sur le traitement des concrétions polypiformes; mais la fin de l'année scholaire m'a forcé de terminer mon travail en trop peu de temps, et de le livrer imparfait à l'examen de mes juges; puisse-t-il mériter leur approbation!

PROPOSITIONS.

I. Des tubercules peuvent exister isolément; cependant du moment où un seul se manifeste, on peut présumer que d'autres existent à l'intérieur, ou que de nouveaux se dévclopperont.

II. Des tubercules, mêmes nombreux, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, n'entraînent pas la nécessité d'une semblable production dans les poumons.

III. Les tubercules peuvent se développer dans tous les organes; mais il est à remarquer qu'ils existent surtout entre les lobes ou les fibres dont ces organes sont formés ou sous leur enveloppe, et que ce n'est que consécutivement que le parenchyme paraît y être compris.

IV. En théorie, des tubercules, développés dans le médiastin, doivent comprimer les vaisseaux, gêner la circulation, et amener des lésions organiques du cœur; mais la théorie n'est point confirmée par l'observation.

V. Lorsque des tubercules existent dans la région inguinale, il est probable qu'il y a maladie au pied correspondant, et réciproquement; de même lorsque des tubercules se développent succcssive-

ment le long des vaisseaux cervicaux, on doit craindre pour les poumons.

VI. Le moyen le plus efficace pour combattre les tubercules est l'iode ; c'est le fondant le plus énergique. Des tubercules mêmes dans un commencement de ramollissement cèdent à des frictions faites avec une pommade d'hydriodate de potasse : l'emplâtre de savon est un bon adjuvant.

VII. Si l'on obtient autant de succès avec les frictions d'iode contre les tubercules développés à l'extérieur, le même traitement employé contre ceux de l'intérieur pourrait être aussi efficace : malheureusement l'expérience n'a point encore prononcé. Je l'ai vu employer sans succès par M. *Jadelot*, mais dans un cas trop avancé de désorganisation pulmonaire, de sorte que l'on ne peut tirer de ce fait aucune induction contraire à ce traitement.

VIII. Chez les enfans scrophuleux, lorsqu'une articulation est affectée de tumeur blanche, on voit fréquemment une ou plusieurs autres articulations se prendre successivement; peu importe l'éloignement où elles sont l'une de l'autre. Ainsi une tumeur blanche du pied est souvent suivie de l'apparition d'une maladie de même nature dans une articulation du bras du côté opposé, par exemple. Le *spina ventosa*, qui consiste en un gonflement de l'os, avec ramollissement sanieux du tissu celluleux de ces organes suit la même marche. Ainsi l'on voit fréquemment des enfans (et nous n'avons voulu parler des tubercules et de cette dernière maladie qu'à cet âge) dont presque toutes les articulations ou toutes les phalanges, etc., sont frappées de la même maladie.

IX. Les tumeurs blanches, lorsqu'elles ne sont pas trop multipliées, guérissent souvent quoique les os et les parties molles

soient gravement affectés, par les seuls efforts de la nature, mais avec ankylose.

X. Toutes les gibbosités (et ici je veux parler des courbures anguleuses du rachis en arrière) ne sont pas le résultat de la carie, un assez grand nombre tiennent au ramollissement des os. Ainsi, ce serait une erreur de croire que ce genre de déviation du rachis n'est pas susceptible de redressement. Je pense même que le redressement, dans ce cas, est plus facile, à en juger d'après un fait que j'ai vu chez MM. *J. Lafond* et *Duval.*

XI. Le traitement interne des scrophules consiste dans l'emploi des amers et des antiscorbutiques, etc. Je ne pense pas que ces moyens aient autant d'efficacité qu'on leur en attribue; bien souvent ils donnent lieu à des gastro-entérites aiguës ou chroniques, qui contribuent beaucoup à accélérer le terme fatal chez quelques enfans.

XII. Les bains sulfureux, les frictions stimulantes à l'extérieur; un régime convenablement ménagé d'après l'état des forces digestives, un bon air, et par-dessus tout la saison de l'été et la chaleur vivifiante du soleil, sont les moyens thérapeutiques qui produisent de bons résultats le plus rapidement et de la manière la mieux appréciable.

XIII. Les inflammations qui surviennent chez les scrophuleux sont avantageusement combattues par les antiphlogistiques ordinaires.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu utendum est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

Quæ longo tempore extenuantur corpora lentè reficere oportet; quæ brevi, celeriter.

V.

Cum pulsu parvo et frequenti moriuntur in acutis quàm plurimi. Baglivi, *prax. med.*, *lib.* 1.

VI.

In magnis malis semper faciem suspice; si bona fuerit et naturalis, semper benè spera; si mala, malum.